Deutscher Bundestag **Drucksache 18/13612**

18. Wahlperiode 21.09.2017

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/13504 –

Umsetzung des Präventionsgesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Das zum 25. Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG) sollte einen Paradigmenwechsel in der Prävention einleiten:

– War diese bislang überwiegend durch Kurse zur Verhaltensprävention gekennzeichnet, sollte zukünftig der überwiegende Anteil der Mittel für Gesundheitsförderung in Lebenswelten (z. B. Kindergärten, Schulen, kleineren Betrieben) verwendet werden.

– War die Gesundheitsförderung in Lebenswelten bislang überwiegend von einmaligen oder kurzfristigen Aktivitäten einzelner Kassen geprägt, sollte zukünftig eine kassenübergreifende Leistungserbringung erfolgen.

– Waren die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung bislang an vielen Orten verstreut und damit wenig transparent und nachhaltig, sollten diese zukünftig strukturierter zugänglich sein.

Mit einer Vielzahl von teilweise widersprüchlichen Regelungen hat das PrävG seine Umsetzung schwierig gemacht. Es scheint, als hätten die gesetzlichen Krankenkassen bislang an einer kassenübergreifenden Leistungserbringung nur marginales Interesse. Die beklagte Verpflichtung der Krankenkassen zur Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist bislang intransparent und in der Ausführung strittig.

Für „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ sollen ab 2016 pro Versichertem und Jahr 2 Euro ausgegeben werden. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/finanzergebnisse-gkv.html) wurde diese Vorgabe erfüllt, wenngleich in den Lebenswelten wenige Maßnahmen angekommen zu sein scheinen (Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(17), www.aerzteblatt.de/archiv/188252/Praeventionsgesetz-Umsetzung-hakt-in-den-Details), und wenn, dann auch eher als vorgefertigte Programme, nicht aber als Förderung gemäß § 20a SGB V „Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“. Auch erfolgte kaum eine „Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen“, wie § 20a SGB V es vorsieht. Zudem wird kritisch betrachtet, ob

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 19. September 2017 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

die gesetzliche Anforderung der gesundheitsförderlichen Strukturbildung in den Lebenswelten mit vorgefertigten Programmen (z. B. Kochkurse der BARMER mit der Sarah Wiener Stiftung, Bewegungsangebote der DAK-Gesundheit mit der Cleven-Stiftung) erfüllt werden können.

Die Umsetzung des PrävG ist Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Diese hat im Februar 2016 Bundesrahmenempfehlungen verabschiedet. Darin werden in allgemeiner Form lebenslagenbezogene Handlungsfelder umrissen. Es wird dabei an den Lebensverlaufsansatz angeknüpft, der sechs Zielbereiche benennt. Diese werden breit und unkonkret gefasst, der Großteil aller bisherigen Lebensweltaktivitäten wird im Zielbereich „Gesund aufwachsen“ – von Geburt bis zur Hochschule – gebündelt. Als wesentliches Argument für die allgemein gehaltenen Bundesrahmenempfehlungen wurde angeführt, man wolle den Vereinbarungen in den Ländern nicht vorgreifen, sondern ihnen Spielraum eröffnen. Inzwischen sind in 15 der 16 Bundesländer Rahmenvereinbarungen geschlossen worden, die jedoch noch weniger konkret sind. Die Vorschrift des PrävG, in Lebenswelten kassenübergreifend zu arbeiten, um nicht in eine „Projektitis“ mit kurzfristigen Projekten bzw. eine „Programmitis“ zu verfallen, sondern strukturierte und nachhaltige Organisationsentwicklungen anzustoßen, wird als Soll-Bestimmung weder in den Rahmenvereinbarungen noch in neuen Ansätzen abgebildet. Lediglich in Niedersachsen wurde im Mai 2017 eine „Gemeinsame Stelle der GKV“ eingerichtet, die zwar bislang ohne eigenes Budget auskommt, aber zum ersten Mal die in § 20a Absatz 1 SGB V als Regelfall vorgesehene kassenübergreifende Leistungserbringung durch eine einheitliche Ansprechstelle ermöglicht.

Mit je 45 Cent pro Versichertem und Jahr soll die BZgA mit der Entwicklung von Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen sowie deren Implementierung und wissenschaftlicher Evaluation beauftragt werden. Diese sollen „insbesondere in Kindertagesstätten, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen“ (§ 20a Absatz 3 SGB V) ausgerichtet sein. Es soll ferner laut Gesetzesbegründung sichergestellt werden, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten tatsächlich Wirkung entfalten, nicht mittelschichtorientiert ausgerichtet sind, sondern auf Verringerung sozial- und geschlechtsbezogen ungleicher Gesundheitschancen ausgerichtet werden. Die BZgA hat dazu im Vorlauf des Präventionsgesetzes 2015 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojektes „Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ (BZgA 2015, www.bzga.de/pdf.php?id=82cdf99a3bc2ce68cff306a8abe3efc9) gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft sowie der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung vorgelegt und darin kommunale und überregionale Vernetzung und Koordinierung der Settings sowie der Träger (insb. aus den Wohlfahrtsverbänden) als wesentliche Gelingensfaktoren in Lebenswelten beschrieben. Allerdings wurde der Auftrag zur Kooperation von BZgA und gesetzlichen Krankenkassen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens in eine Beauftragung verändert, wobei die BZgA – so die Gesetzesbegründung – an die Auffassung der gesetzlichen Krankenkassen gebunden wird.

Der GKV-Spitzenverband (GKV: gesetzliche Krankenversicherung) hat den Vertragsabschluss mit der BZgA und die Auszahlung der Vergütung zunächst verweigert, erst nach Anweisung durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgezahlt, und klagt nun gegen diese Anweisung. Der Vertrag vom Juni 2016 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der BZgA ist bislang nicht veröffentlicht, so dass die konkreten Aufgaben der BZgA nicht bekannt sind. An die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojektes von 2015 wird offenbar nicht angeknüpft. Die Mittel in Höhe von 31,5 Mio. Euro p. a. wurden bisher nur in geringem Umfang verausgabt. Über die Gründe streiten sich BZgA und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Kassen inzwischen öffentlich (FAZ vom 17. Juli 2017, GPB 28./29. KW 2017 Seite 12, 13, GERECHTE GESUNDHEIT, Interview des Monats vom 20. Juli 2017).

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen laut § 20b Absatz 3 SGB V regionale Koordinierungsstellen aufgebaut werden. Statt solcher Einrichtungen haben sich die gesetzlichen Krankenkassen jedoch nur auf virtuelle Koordinierung über eine gemeinsame Internetseite verständigt, über die sie eingehende Anfragen per Algorithmus wettbewerbsneutral im Wechsel an die einzelnen Krankenkassen verteilen. Partner für die betriebliche Gesundheitsförderung gerade in kleinen und mittleren Unternehmen, wie z. B. die regionalen Industrie- und Handelskammern, sind bisher nicht flächendeckend in die Maßnahmen einbezogen.

Die zweite Säule der Nationalen Präventionsstrategie sollen die Gesundheitsberichte auf Landes- und Bundesebene sein. Dem Bundestag soll ab 2019 in jeder Wahlperiode ein Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz verbunden mit einer Stellungnahme der Bundesregierung vorgelegt werden (§ 20d Absatz 4 SGB V). Die im Gesetz vorgesehene Einbeziehung von Daten des Robert Koch-Instituts, der Bundesländer sowie Expertisen aus der Wissenschaft ist bislang nicht geklärt.

Finanzierung

1. Welche Mittel wurden jeweils in den Jahren 2014, 2015 und 2016

   a) von den gesetzlichen Krankenversicherungen,

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention und Gesundheitsförderung haben sich von 2014 bis zum 1. Halbjahr 2017 auf Basis der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt entwickelt:

Ausgaben in Mio. Euro	**2014**	**2015**	**2016**	**1. Halbjahr 2016**	**1. Halbjahr 2017**
Primäre Prävention - Individualansatz	193,0	203,2	210,8	112,7	106,9
Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	67,8	76,2	146,9	56,6	69,9
Primäre Prävention - Nichtbetriebliche Lebenswelten	31,7	38,1	116,2	54,6	73,2
Insgesamt	292,5	317,5	473,9	223,8	250,1

Ausgaben je Versicherten in Euro	**2014**	**2015**	**2016**	**1. Halbjahr 2016**	**1. Halbjahr 2017**
Primäre Prävention - Individualansatz	2,75 €	2,87 €	2,95 €	1,58 €	1,48 €
Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	0,96 €	1,08 €	2,06 €	0,79 €	0,97 €
Primäre Prävention - Nichtbetriebliche Lebenswelten	0,45 €	0,54 €	1,63 €	0,77 €	1,02 €
Insgesamt	4,16 €	4,49 €	6,64 €	3,14 €	3,47 €

Quelle: GKV-Statistik BMG, endgültige Jahresrechnungsergebnisse lt. Statistik KJ1; GKV-Statistik BMG, vorläufige Finanzergebnisse 1. Halbjahr 2017 lt. Statistik KV45.

Darüber hinausgehende Differenzierungen sind der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu entnehmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

b) von der sozialen Pflegeversicherung,

Die Ausgaben für Präventionsleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen betrugen lt. Geschäftsstatistik der Pflegekassen 3,27 Mio. Euro im Jahr 2016. In den Jahren 2014 und 2015 waren noch keine Ausgaben für Prävention aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen. Über die Verteilung auf Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung, Evaluation und Weiterentwicklung liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

c) von der gesetzlichen Unfallversicherung,

Nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. wurden von den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand in der Kontengruppe 59 (Prävention) der Haushalts- und Rechnungslegung folgende Aufwendungen gebucht:

Jahr	Euro
2014	1.083.191.237
2015	1.122.624.434
2016	1.168.921.061

Für den Bereich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung wurden nach Angaben der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der Kontengruppe 59 (Prävention) folgende Aufwendungen gebucht:

Jahr	Euro
2014	63.126.022
2015	59.842.030
2016	58.377.891

Eine Aufteilung dieser Summen auf die genannten Kategorien ist mangels gesonderter Erfassung/Buchung nicht möglich.

d) von der gesetzlichen Rentenversicherung

für Prävention und Gesundheitsförderung verausgabt, und in welchem Umfang verteilen sich diese Ausgaben auf Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung, Evaluation und Weiterentwicklung?

Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund haben die Träger der Rentenversicherung für Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen) nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI folgende Ausgaben geleistet:

Jahr	Euro
2014	1.754.791
2015	1.887.851
2016	2.673.307

Diese Summen beinhalten sowohl die Ausgaben für die Hauptleistung, die der Verhaltensprävention zuzuordnen sind, als auch die Ausgaben für die ergänzenden Leistungen (z. B. Übergangsgelder, Fahrkosten).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Die Beratungsleistungen des Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung, die zumindest teilweise auch Präventionscharakter haben und dabei der Verhältnisprävention zuzuordnen sind (z. B. Beratungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, zu Präventionsleistungen der Rentenversicherung, zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben für Beschäftigte und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement) werden kostenmäßig noch nicht getrennt von den anderen Beratungsleistungen der Rentenversicherung erfasst. Die Ausgaben können deshalb nicht gesondert beziffert und mitgeteilt werden. Das Gleiche gilt für die Erfassung und Darstellung der Ausgaben für Evaluation und Weiterentwicklung.

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 wurden die Präventionsleistungen aus dem Katalog der „Sonstigen Leistungen“ herausgelöst, eigenständig in § 14 SGB VI geregelt und als Pflichtleistungen ausgestaltet. Zugleich entfiel die gesonderte Begrenzung der Ausgaben der Rentenversicherung für die Leistungen zur Prävention. Zusätzlich sollen die Träger der Rentenversicherung in Modellprojekten einen Gesundheitscheck für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres trägerübergreifend erproben, um rechtzeitig Präventions- und Rehabilitationsbedarfe erkennen und entsprechende Leistungen zur Verfügung stellen zu können. Der damit weiter gestärkte Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ lässt künftig eine Ausweitung der von der Deutschen Rentenversicherung zu erbringenden Präventionsleistungen erwarten.

2. Welche Mittel wurden in den Jahren 2014, 2015 und 2016 von Seiten der zuständigen Bundesministerien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bereitgestellt, und was wurde damit schwerpunktmäßig gefördert?

Bundesministerium für Gesundheit (BMG):

Im Haushalt des BMG (Einzelplan 15) wurden von 2014 bis 2016 Mittel für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wie folgt bereitgestellt:

	Ist-Ausgaben T€		
	2014	2015	2016
Gesamt	45.944	48.780	47.882

Die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung und Prävention wird auf Bundesebene von der BZgA als Fachbehörde im Geschäftsbereich des BMG wahrgenommen. Hier liegen entsprechend den aktuell vordringlichen Gesundheitsproblemen mit Präventionsrelevanz Schwerpunkte in der Aufklärung zur Organspende und in der Aufklärungskampagne zur Steigerung der Durchimpfung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention für Heranwachsende und ältere Menschen.

Ziele der Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten sind die Senkung der Neuinfektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und die Gewährleistung eines hohen Wissensniveaus in der Gesamtbevölkerung zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen STI.

Hauptziele der Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs sind die Verhinderung der Entstehung von Sucht durch umfassende Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- und Drogenkonsums, die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel und die Vermeidung

drogen- und suchtbedingter Probleme. Die Prävention greift dabei aktuelle Entwicklungen (wie neue Drogen und neue Suchtformen) bedarfsgerecht und flexibel auf und reagiert auf die Herausforderungen des demografischen Wandels. Zur Intensivierung der Bekämpfung des Diabetes mellitus werden Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Prävention, Therapie und Versorgung gefördert. Ziel ist es, Prävention und Früherkennung des Diabetes mellitus zu stärken, bestehende Versorgungsangebote bekannt zu machen und weiterzuentwickeln, Information und Aufklärung zu intensivieren sowie eine gesicherte Datenbasis zu Diabetes aufzubauen.

Die vom BMG im Rahmen seiner Ressortforschung geförderten Forschungs- und Modellvorhaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung widmeten sich vorrangig den Themen Drogen und Sucht, Infektionsschutz und Infektionsprävention, Bewegungsförderung sowie Allergien. Darüber hinaus werden Vorhaben zur Prävention von Diabetes mellitus gefördert.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF):

Das BMBF hat in den Jahren 2014 bis 2016 Fördermittel im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in der Höhe von insgesamt rund 13,32 Mio. Euro bereitgestellt. Diese Mittel flossen überwiegend in die Fördermaßnahmen „Forschungsverbünde in der Primärprävention und Gesundheitsförderung“ und „Evaluationsstudien zu langfristigen Wirkungen von Primärprävention und Gesundheitsförderung“.

Darüber hinaus wurden Mittel im Bereich der Präventionsforschung für das Verbundvorhaben „Sportliche Aktivität und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ in Höhe von 920 962 Euro in der Fördermaßnahme „Langzeituntersuchungen in der Gesundheitsforschung“ bereitgestellt.

Auf die einzelnen Jahre verteilt ergeben sich folgende Beträge:

Fördermaßnahme	2014	2015	2016
Forschungsverbünde in der Primärprävention und Gesundheitsförderung	-	3.567.497 €	5.669.786 €
Evaluationsstudien zu langfristigen Wirkungen von Primärprävention und Gesundheitsförderung	360.667 €	1.532.555 €	1.264.789 €
Langzeituntersuchungen in der Gesundheitsforschung. Verbundprojekt: Sportliche Aktivität und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	-	291.901 €	629.061 €
	360.667 €	5.391.953 €	7.563.636 €

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL):

Das BMEL hat für Aktivitäten im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ im Jahr 2014 Mittel in Höhe von 6,65 Mio. Euro, 2015 in Höhe von 6,84 Mio. Euro und 2016 in Höhe von 8,50 Mio. Euro mit dem Ziel eingesetzt, das Ernährungsverhalten der Menschen in Deutschland dauerhaft zu verbessern.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ):

Das BMFSFJ förderte von 2013 bis 2015 das Projekt des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) „AUF (Aktiv Und Fit) Leben - Chancen durch Bewegung nutzen“; im Jahr 2014 wurde es mit 170 500 Euro und im Jahr 2015 mit 123 000 Euro gefördert.

Außerdem werden der BZgA vom BMFSFJ für die Erstellung und Verbreitung von Aufklärungsmaßnahmen auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrages aus § 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes seit 2005 kontinuierlich 5,11 Mio. Euro jährlich zugewiesen. Das Rahmenkonzept der BZgA hierzu geht von einem umfassenden Verständnis von Sexualität als integralem Bestandteil von Gesundheit aus.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS):

Außerhalb des Präventionsgesetzes fördert das BMAS mittelbar den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf vielfältige Weise, z. B. über die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, die Initiative Neue Qualität der Arbeit, über ein aus dem Ausgleichsfonds finanziertes Projekt zur Verbesserung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Für die Bundesregierung insgesamt kann festgestellt werden: Die Bundesministerien stellen jährlich Mittel für hausinterne Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bereit, wie z. B. für Gesundheitstage, Bewegungsangebote, Sozialberatung sowie für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, wie z. B. Arbeitsplatzbegehungen und personalärztliche Untersuchungen.

3. Welche Informationen hat die Bundesregierung darüber hinaus zu Ausgaben von Ländern und Kommunen in diesem Sektor?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über die Ausgaben von Ländern und Kommunen vor.

Bundes- und Landesrahmenvereinbarungen

4. a) Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die Bundesrahmenempfehlung vom 19. Februar 2016 allgemeiner formuliert ist als der entsprechende Gesetzestext und dessen Begründung, und wie bewertet sie dies?

   b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zur Bundesrahmenempfehlung zu dieser Frage vertreten?

Die Bundesregierung teilt nicht die Einschätzung, dass die Bundesrahmenempfehlungen vom 19. Februar 2016 allgemeiner formuliert seien als der entsprechende Gesetzestext und die Begründung zum Regierungsentwurf (Bundestagsdrucksache 18/4282).

Die Bundesrahmenempfehlungen beschreiben erstmalig ein trägerübergreifendes Aufgabenverständnis, das neben der Prävention und Gesundheitsförderung auch die Förderung der Sicherheit, des Arbeitsschutzes und der Teilhabe umfasst. Durch die Bundesrahmenempfehlungen erhalten die Sozialversicherungsträger vor Ort erstmals die erforderliche Orientierung für die Durchführung ihrer Leistungen in den Lebenswelten. Darüber hinaus werden Hinweise zur Umsetzung, Instrumente sowie Möglichkeiten des Zugangs zu den Menschen in den Lebenswelten aufgezeigt. Dabei werden den Ländern die erforderlichen Spielräume für

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

die Ausgestaltung ihrer Landesrahmenvereinbarungen eröffnet. Die Bundesrahmenempfehlungen wirken vor diesem Hintergrund als geeignete Basis für den Abschluss von passgenauen Landesrahmenvereinbarungen, in denen die länderspezifischen, regionalen Erfordernisse beachtet werden können. Die Bundesregierung sieht Weiterentwicklungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Operationalisierung der vereinbarten gemeinsamen Ziele und der Konkretisierung der Art und Weise der Zusammenarbeit der Leistungsträger. Diese Position haben die in der NPK vertretenen Bundesministerien im Rahmen der Beratungen zu den Bundesrahmenempfehlungen gemeinsam vertreten.

5. a) Ist es aus Sicht der Bundesregierung im Sinne einer Nationalen Präventionsstrategie zielführend, wenn mit der Zielsystematik (gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten sowie gesund im Alter) „im Grundsatz alle Menschen […] erreicht werden“ können (Bundesrahmenempfehlung, Seite 12), und wäre es nicht zielführender und dem Gesetz angemessener, Schwerpunkte in Bezug auf diese Handlungsfelder zu setzen?

   b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zur Bundesrahmenempfehlung zu dieser Frage vertreten?

Die Bundesregierung begrüßt die am Lebenslauf erfolgte Orientierung der gemeinsamen Ziele „Gesund aufwachsen“, Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Diese Position haben die in der NPK vertretenen Bundesministerien im Rahmen der Beratungen zu den Bundesrahmenempfehlungen gemeinsam vertreten.

Die Zielsystematik soll sicherstellen, dass Potenziale für den Schutz von Krankheiten sowie zur Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in jeder Lebensphase ausgeschöpft werden.

Die Nationale Präventionskonferenz hat erste Schwerpunktsetzungen für die 2018 geplante Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen auf den Weg gebracht. Hierzu wurden zwei Arbeitsgruppen eingerichtet, die derzeit Vorschläge zur Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen erarbeiten - zur Gesundheitsförderung und Prävention in den außerbetrieblichen Lebenswelten der Kommune - und zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt.

6. a) Trifft es zu, dass zahlreiche weiterführende Vorschläge der beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (u. a. durch die kommunalen Spitzenverbände, die Länder, die Gewerkschaften, die Patientenvertretungen) in der Bundesrahmenempfehlung kaum aufgegriffen wurden, und wenn ja, welche Vorschläge waren dies (bitte einzeln aufführen)?

   b) Wieso wurden keine Vereinbarungen zur gemeinsamen Leistungserbringung getroffen, und wie bewertet die Bundesregierung dies?

   c) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zur Bundesrahmenempfehlung zu diesen Fragen vertreten?

Alle vorgetragenen Vorschläge wurden von der NPK gewürdigt und ganz überwiegend berücksichtigt. Die Nichtberücksichtigung von Vorschlägen wurde nachvollziehbar begründet.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Ziel der Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Bundesrahmenempfehlungen ist nach § 20d Absatz 3 Satz 1 SGB V die Sicherung und die Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und in Betrieben, insbesondere durch die Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen sowie der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen. Die Bundesrahmenempfehlungen als Teil der nationalen Präventionsstrategie sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele untereinander und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken. Die Bundesrahmenempfehlungen legen Ziele und Handlungsfelder mit gemeinsamer Verantwortung sowie Verfahrensgrundsätze für die Zusammenarbeit fest. Dabei berücksichtigen sie die jeweiligen spezifischen Aufgaben der jeweiligen Sozialleistungsträger und ihre Finanzverantwortung im gegliederten System der sozialen Sicherung. Die verschiedenen Sozialversicherungsträger erbringen ihre Präventionsleistungen im gegliederten System mit ihrer jeweils versicherungsspezifischen Zielsetzung und für zum Teil verschiedene Versichertengruppen. Im Mittelpunkt der nationalen Präventionsstrategie stehen deshalb die Kooperation der Leistungsträger und eine abgestimmte Leistungserbringung. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber die Sozialleistungsträger nicht zu einer gemeinsamen Leistungserbringung verpflichtet. Deshalb ist es aus Sicht der Bundesregierung sachgerecht, dass etwaige Empfehlungen für eine gemeinsame Leistungserbringung nicht Gegenstand der Beratungen zum Entwurf der Bundesrahmenempfehlungen waren.

7. a) Wie bewertet die Bundesregierung es, dass die im Vergleich zur Bundesrahmenempfehlung konkreteren Kooperationsverträge der gesetzlichen Krankenkassen mit den Unfallkassen, der Bundesagentur für Arbeit, den kommunalen Spitzenverbänden sowie der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Anhänge der Bundesrahmenempfehlung) alle aus der Zeit vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes stammen, und sieht sie hier Änderungsnotwendigkeiten durch die neue Rechtslage?

   b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zur Bundesrahmenempfehlung zu dieser Frage vertreten?

Die Bundesregierung begrüßt, dass die Sozialversicherungsträger und andere Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in einzelnen Handlungsfeldern schon vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes die Notwendigkeit der Zusammenarbeit erkannten und diesbezügliche Vereinbarungen getroffen haben. Änderungsnotwendigkeiten sind insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Integration dieser Vereinbarungen im Rahmen der von der Nationalen Präventionskonferenz für das Jahr 2018 vorgesehenen Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen nicht erkennbar. Für die Vertreter des Bundes war eine spezifische Position zu dieser Frage in der NPK insoweit nicht abzugeben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

8. a) Wie bewerte es die Bundesregierung, dass laut Bundesrahmenempfehlung und den meisten Landesrahmenvereinbarungen für eine Kooperation bei Lebensweltansätzen eine Krankenkasse und ein Träger ausreichend sind, besonders vor dem Hintergrund, dass im PrävG eine kassenübergreifende Leistungserbringung als Soll-Bestimmung vorgesehen ist?

   b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zur Bundesrahmenempfehlung zu dieser Frage vertreten?

Nach § 20a Absatz 1 Satz 4 SGB V sollen die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen erbringen. Dies schließt nicht aus, dass auch weiterhin einzelne Krankenkassen mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten fördern. Vereinbarungen in Bundesrahmenempfehlungen und in Landesrahmenvereinbarungen mit derartigen Inhalten entsprechen der geltenden Rechtslage.

Die Vertreter des Bundes haben sich in der NPK für die Ausgestaltung des Lebenswelt-Ansatzes in der Bundesrahmenempfehlung entsprechend der geltenden Rechtslage eingesetzt.

9. Hat die Bundesregierung erwartet, dass in den Landesrahmenvereinbarungen konkrete Kooperationsvereinbarungen getroffen werden, und wie bewertet sie es, dass häufig eine Auslagerung in separate und intransparente Kooperationsvereinbarungen in Unterverträgen erfolgt?

Die Bundesregierung erwartet, dass in den Ländern der in § 20f Absatz 2 Satz 1 SGB V gesetzlich festgelegte Mindestinhalt der Landesrahmenvereinbarungen vereinbart wird und dieser geeignet ist, das zielorientierte Zusammenwirken der Krankenkassen mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst unter Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen und Organisationen zu sichern. Sofern zur Erreichung dieses Ziels zusätzliche, konkretisierende Vereinbarungen erforderlich sind, ist deren Abschluss zur Ergänzung der Landesrahmenvereinbarungen zu begrüßen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

10. Welche Bundesländer haben nach Kenntnis der Bundesregierung Steuerungsgremien wie Landespräventionskonferenzen eingeführt, wer ist in diesen vertreten, und wie transparent sind deren Beratungen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

In der folgenden Übersicht sind die Länder aufgeführt, in denen sich die Partner der Landesrahmenvereinbarungen auf die Einrichtung von Steuerungsgruppen, Konferenzen oder vergleichbare Gremien verständigt haben:

Land	**Inkrafttreten der LRV**	**Mitglieder**
Bayern	26.06.2017	• AOK Bayern - Die Gesundheitskasse • BKK Landesverband Bayern • IKK classic, Landesdirektion Bayern • KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse • Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Bayern • Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd • Deutsche Rentenversicherung Nordbayern • Deutsche Rentenversicherung Schwaben • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Landesverband Südost (DGUV-LV) • Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Brandenburg	14.03.2017	• AOK Nordost- Die Gesundheitskasse • BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Berlin und Brandenburg • IKK Brandenburg und Berlin • KNAPPSCHAFT, Regionalvertretung Cottbus • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)als Landwirtschaftliche Krankenkasse • Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Regionaldirektion Cottbus • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Nordost • Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Brandenburg)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Land	Inkrafttreten der LRV	Mitglieder
Hamburg	08.09.2016	• Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) • AOK Rheinland/Hamburg- Die Gesundheitskasse • BKK-Landesverband NORDWEST • IKK classic • KNAPPSCHAFT • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Nord • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Nordwest • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft
Nordrhein-Westfalen	26.08.2016	• Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (NRW) • Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (NRW) • AOK NordWest-Die Gesundheitskasse • AOK Rheinland/Hamburg –Die Gesundheitskasse • BKK Landesverband NORDWEST • IKK classic • IKK classic Landesdirektion Westfalen-Lippe • KNAPPSCHAFT • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse u.Pflegekasse • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung NRW • Deutsche Rentenversicherung Rheinland • Deutsche Rentenversicherung Westfalen • Deutsche Rentenversicherung Bund (Fachbereichsleitung Zentrale Grundsatzaufgaben Abt. Rehabilitation) • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • Landesverband West der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Land	Inkrafttreten der LRV	Mitglieder
Rheinland-Pfalz	01.08.2016	• BKK Landesverband Mitte • AOK Rheinland-Pfalz/Saarland-Die Gesundheitskasse • IKK Südwest • KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Saarbrücken • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ,Landesverbandsaufgaben Mitte • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Rheinland-Pfalz • Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • Landesverband Mitte der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
Saarland	02.02.2017	• BKK Landesverband Mitte • AOK Rheinland-Pfalz/Saarland-die Gesundheitskasse • IKK Südwest • KNAPPSCHAFT • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ,Landesverbandsaufgaben Mitte • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Saarland • Deutsche Rentenversicherung Saarland • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • Landesverband Südwest der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
Sachsen	01.06.2016	• AOK PLUS-Die Gesundheitskasse • BKK Landesverband Mitte • IKK classic • KNAPPSCHAFT • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Sachsen • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) • Landesverband Südost der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • Freistaat Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Land	Inkrafttreten der LRV	Mitglieder
Schleswig-Holstein	14.12.2016	• AOK NordWest- Die Gesundheitskasse • BKK-Landesverband NORDWEST • IKK Nord • KNAPPSCHAFT • Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) • Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Schleswig-Holstein • Deutsche Rentenversicherung Nord • Deutsche Rentenversicherung Bund • Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • Landesverband Nordwest der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) • Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (Schleswig-Holstein)

11. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Bundesländer, die bei den Zielen und Handlungsempfehlungen deutlich konkreter geworden sind als die Bundesrahmenempfehlung?

    Wenn ja, welche Bundesländer sind das, und für welche Ziele und Handlungsfelder ist dies erfolgt?

Nach § 20f Absatz 2 Satz 1 SGB V treffen die an den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie Beteiligten Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen. Vor diesem Hintergrund richten die Vereinbarungspartner der Landesrahmenvereinbarungen ihre Aktivitäten an den in diesen Empfehlungen festgelegten Zielen und Handlungsfeldern sowie an ihrem jeweiligen spezifischen gesetzlichen Auftrag aus. Sofern in den Ländern landesspezifische Ziele bestehen, sollen diese ebenfalls berücksichtigt werden.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten

12. Welche konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung von den Krankenkassen im Jahr 2016 finanziert?

13. Warum finden nach Kenntnis der Bundesregierung zwei Drittel der Maßnahmen in Kindertagestätten und Grundschulen statt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Ausrichtung des Wettbewerbs?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Der Bundesregierung liegen noch keine Erkenntnisse über die von den Krankenkassen im Jahr 2016 konkret erbrachten Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten vor. Der GKV- GKV-SV und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) veröffentlichen auf freiwilliger Basis jährlich den Präventionsbericht, mit dem diese über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung berichten. Voraussichtlich im Herbst 2017 erscheint der „Präventionsbericht 2017“ zum Berichtsjahr 2016.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

14. Anhand welcher Kriterien wird die Evaluation insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen aktuell durchgeführt?

Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten stellt nach § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V einen Prozess dar, in dem die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erheben (Analyse), daraus Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln (Maßnahmeplanung) und deren Umsetzung unterstützen (Umsetzungsphase).

Nach den vom GKV-SV unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes im „Leitfaden Prävention“ (www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_Praevention_Teilaktualisierung_P170009_02_IV.pdf) für alle Krankenkassen festgelegten Kriterien schließt sich an die Umsetzungsphase eine Evaluation an, die eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit - beinhaltet. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt wiederholt sich nach den Kriterien des GKV-SV dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus. Maßgebliche Kriterien ergeben sich aus der Bewertung der Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen, um darauf aufbauend weitere Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen.

15. Warum übernimmt der Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe die Schirmherrschaft für einzelne Kassenprojekte, z. B. „fit4future“ der DAK-Gesundheit oder „Die Rakuns“ der IKK classic?

Unter welchen Qualitätsgesichtspunkten wurden diese Programme ausgewählt?

Wird damit nicht aktiv in den Kassenwettbewerb eingegriffen?

Herr Bundesgesundheitsminister Gröhe erhält zahlreiche Bitten zur Übernahme von Schirmherrschaften aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitspolitik. Mit der Schirmherrschaft wird eine ideelle Wertschätzung der Arbeit zum Ausdruck gebracht, die oftmals nur mit großem ehrenamtlichem Engagement aller Beteiligten möglich ist. Bei Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention ist es für die Übernahme einer Schirmherrschaft auch von Bedeutung, ob diese Projekte der Zielsetzung des Präventionsgesetzes entsprechen, wie die Erreichung unterschiedlicher Zielgruppen – z. B. Kinder, Erwachsene, Ältere - einen Beitrag zur Verbesserung in Lebenswelten z. B. in Schulen leisten, alle Beteiligten einbinden bzw. beteiligen oder eine möglichst breite bundesweite Streuung aufweisen, so dass darin kein Einfluss auf einen möglichen Kassenwettbewerb gesehen werden kann.

16. Wie will die Bundesregierung zukünftig sicherstellen, dass, wie in § 20a Absatz 1 SGB V gefordert, der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen tatsächlich umgesetzt wird, obwohl die Rahmenvereinbarungen faktisch keine Prioritäten bei Zielen, Zielgruppen, Lebenswelten und keine Anforderungen an die Kooperationsformen setzen?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Festlegungen zu den Zielen, und insbesondere den Zielgruppen in den bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen vom 19. Februar 2016 sowie die von der NPK beschlossene Schwerpunktsetzung „Gesundheitsförderung in der Kommune“ geeignet sind, um zu einer besseren Zusammenarbeit aller verantwortlichen Akteure

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

zu kommen, mit dem Ziel, die Strukturen in den Lebenswelten gesundheitsförderlich auszurichten.

Dessen ungeachtet sind die Krankenkassen zur Umsetzung der Vorgaben des § 20a Absatz 1 SGB V verpflichtet. Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungserbringung legt der GKV-SV unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V fest. Dieser Aufgabe kommt er mit dem „Leitfaden Prävention“ nach. Der Leitfaden liegt den Kriterien für die Leistungserbringung in den Lebenswelten zugrunde (siehe auch Antwort zu Frage 14).

17. Welche fachlichen Erwartungen zur Umsetzung einer Organisationsentwicklung in Lebenswelten hat die Bundesregierung an die gesetzlichen Krankenkassen?

Die Bundesregierung erwartet, dass die Krankenkassen ihre Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach den Zielen und Vorgaben der §§ 20 und 20a SGB V erbringen. Mit der Förderung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen sollen die Krankenkassen einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderung unterstützen. Dabei sind sie abhängig von der Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen und von ihrer Bereitschaft, eine angemessene Eigenleistung zu erbringen (vgl. § 20a Absatz 2 SGB V).

Betriebliche Gesundheitsförderung

18. a) Welche Projekte wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2016 in diesem Bereich abgerechnet und neu gestartet?

b) Wie werden Klein- und Mittelbetriebe über die bisherigen Maßnahmen erreicht?

c) Existieren hierbei regionale Schwerpunkte?

Falls ja, in welchen Bundesländern bzw. Regionen?

Der Bundesregierung liegen noch keine Erkenntnisse über die von den Krankenkassen im Jahr 2016 konkret erbrachten Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Es wird auf die Antwort zu den Fragen 12 und 13 verwiesen.

d) In welchem Umfang bestehen Kooperationen mit regionalen Unternehmensorganisationen (z. B. der IHK)?

In den Ländern liegen 35 Kooperationsvereinbarungen zu den Koordinierungsstellen (BGF-Koordinierungsstellen) im Sinne des § 20b Absatz 3 SGB V mit Unternehmensorganisationen vor. Im Rahmen des von der BZgA geförderten Projektes „Gesund.Stark.Erfolgreich. Der Gesundheitsplan für Ihren Betrieb“ wurden vom BKK Dachverband und von den beteiligten Krankenkassen mit rund 90 Unternehmensorganisationen Informationsveranstaltungen für Klein- und mittelständische Betriebe durchgeführt.

19. Anhand welcher Kriterien wird die Evaluation insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen aktuell durchgeführt?

Zur Beantwortung dieser Frage wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

20. Wie soll sichergestellt werden, dass eine Nutzenbewertung der bis dahin eingesetzten Mittel der GKV in betrieblichen und nichtbetrieblichen Settings von mehr als 1 Mrd. Euro ermöglicht wird?

Die Krankenkassen sind nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2016 verpflichtet, jährlich insgesamt rund 280 Mio. Euro für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden. Eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Nutzenbewertung der aufzuwendenden Mittel hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen.

Das Präventionsgesetz legt einen Schwerpunkt auf die Sicherstellung der Qualität und der Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dem dient insbesondere die Verpflichtung des GKV-SV nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes Kriterien auch hinsichtlich der Qualität, der Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele festzulegen. Über die Erfahrungen auch mit der Anwendung dieser Vorschrift wird der nach § 20d Absatz 4 SGB V zum 1. Juli 2019 von der NPK zu erstellende Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention Angaben enthalten. Der Bericht dient der Erfolgskontrolle und Evaluation der vorgesehenen Regelungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung.

21. Wie beurteilt es die Bundesregierung, dass sich die in § 20b Absatz 3 SGB V vorgesehenen regionalen Koordinierungsstellen zur Beratung und Unterstützung von Unternehmen in der faktischen Umsetzung in der Regel auf rein virtuelle Aktivitäten (internetbasiertes Beratungs- und Informationsportal) beschränken sollen, und hält die Bundesregierung dies für ausreichend?

22. Kann durch eine solche rein virtuelle Kooperation gewährleistet werden, dass regionale Unternehmensorganisationen (z. B. IHK) an der Beratung beteiligt werden?

Die Fragen 21 und 22 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Krankenkassen haben unter Nutzung ihrer bestehenden Strukturen die regionalen BGF-Koordinierungsstellen als Beratungs- und Informationsportal umgesetzt und hierbei Kontaktdaten aller 113 Krankenkassen gebündelt. Als niedrigschwelliges Angebot für insbesondere Kleinst- und Kleinunternehmen erhalten Unternehmen über das o. g. Portal Informationen zu den Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung, ohne den Einsatz von wertvollen Personal- oder Finanzressourcen (bspw. Anfahrten) einbringen zu müssen. Unternehmen wird nach Eingabe der Postleitzahl und Ausfüllen eines Kontaktformulars direkt eine Krankenkasse zugewiesen. Binnen zweier Werktage meldet sich die zugewiesene Krankenkasse für die Terminierung eines Beratungsgesprächs. Die Durchführung der individuellen Beratung erfolgt entweder über Telefon oder vor Ort. Im Zuge der weiteren länderspezifischen Ausgestaltung erhalten Unternehmen sukzessive weitere regionale Informationen, zum Beispiel über Netzwerke oder über Angebote der weiteren Sozialversicherungsträger – so bspw. zu den Trägern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung oder zum „Firmenservice“ der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung Bund. Bislang liegen insgesamt 35 Kooperationsvereinbarungen zu den BGF-Koordinierungsstellen mit Unternehmensorganisationen vor. Die Einbindung der Unternehmensorganisationen im weiteren Umsetzungsprozess der BGF-Koordinierungsstellen findet über gemeinsame Austauschtreffen und gemeinsame Veranstal-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

tungen statt. Zudem werden die Unternehmensorganisationen auf den länderspezifischen Seiten der BGF-Koordinierungsstelle sichtbar platziert (www.bgf-koordinierungsstelle.de). Die Umsetzung der Verpflichtung zur Sicherstellung der Beratung und Unterstützung von Unternehmen mit Hilfe regionaler Koordinierungsstellen beinhaltet eine Evaluation im Jahre 2018. Im Zuge der weiteren Ausgestaltung sowie auf der Grundlage der Evaluation ist zu beurteilen, ob und inwieweit mit der erstmalig digitalen Bündelung bestehender Beratungsstrukturen für insbesondere kleine und mittlere Unternehmen die Ziele des § 20b Absatz 3 SGB V erreicht werden.

23. a) Wie entwickelt sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Markt für freie Anbieter von betrieblichem Gesundheitsmanagement?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse darüber vor, wie sich der Markt für freie Anbieter von betrieblichem Gesundheitsmanagement entwickelt.

b) Wie bewertet Bundesregierung die Wettbewerbssituation zwischen Krankenkassen, die laut Mitbewerbern ihre Leistungen größtenteils kostenlos oder zu nicht kostendeckenden Preisen anbieten, und freien Anbietern?

Die Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, aus den Mitteln ihrer Versicherten finanzierte Sozialleistungen für diese in Betrieben zu erbringen. Damit stehen sie nicht in einem Wettbewerb mit unternehmerisch handelnden Gesundheitsdienstleistern.

c) Sieht die Bundesregierung in diesem Kontext Handlungsbedarf?

Falls ja, welchen?

Die Bundesregierung sieht keinen Handlungsbedarf.

Ärztliche Präventionsempfehlung

24. Wie beurteilt es die Bundesregierung, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nur eine Minimallösung der ärztlichen Präventionsempfehlung in Form eines ankreuzbaren Formulars zu den groben Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Sucht und Stress oder möglichen/wahlweisen Bemerkungen auf einem Freifeld vorsieht, vor dem Hintergrund, dass laut Gesetzesbegründung mithilfe der ärztlichen Empfehlungen eine gezieltere Prävention erreicht werden soll?

Die inhaltliche Ausgestaltung der Früherkennung in Richtlinien obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Das BMG führt die Rechtsaufsicht über den G-BA. Es hat keinen Einfluss auf die fachlich-inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien. Grundsätzlich können Ankreuzformulare geeignete Instrumente darstellen.

25. a) Wie kann eine adressatengenaue Wirkung von ärztlichen Präventionsempfehlungen nach Meinung der Bundesregierung sichergestellt und evaluiert werden?

Entscheidend für eine adressatengenaue Wirkung von Präventionsempfehlungen ist neben einer fachgerecht durchgeführten ärztlichen Anamnese des persönlichen Risikos die entsprechende Verfügbarkeit bedarfsgerechter Präventionsangebote vor Ort. Gemäß dem Leitfaden Prävention des GKV-SV sollen Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention möglichst spezifisch auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Zielgruppen ausgerichtet werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Sofern sich Versicherte in ihren gesundheitsbezogenen Bedarfen und Bedürfnissen in Abhängigkeit von Lebenssituation und -phase, Geschlecht und/oder sozialen Merkmalen wie z. B. Wohnort, Bildungsstand und Migrationshintergrund voneinander unterscheiden, sollen möglichst zielgruppendifferenzierte Maßnahmen angeboten und durchgeführt werden. Bei der konkreten Auswahl von Maßnahmen, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf für zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention am größten ist, was in aller Regel auf vulnerable Gruppen zutrifft. Eine spezifische Evaluation der Wirkung ärztlicher Präventionsempfehlungen hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Aussagen zu den Erfahrungen der Krankenkassen mit der Berücksichtigung vorliegender Präventionsempfehlungen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention sind in dem nach § 20d Absatz 4 SGB V zum 1. Juli 2019 von der NPK zu erstellenden Präventionsbericht zu erwarten.

b) Welche Regelungen sind zu treffen, damit hierüber auch der Anspruch der Prävention nach § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V („Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“) bedient werden kann?

Die Krankenkassen haben bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention eine Präventionsempfehlung zu berücksichtigen wie auch die mit den Leistungen zu verfolgenden Ziele nach § 20 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, in ihren Satzungen Leistungen vorzusehen, deren Inhalte und Methoden der Intervention geeignet sind, um zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Hierzu zählt auch die Erleichterung der Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention für sozial benachteiligte Personen beispielsweise durch eine komplette Kostenübernahme oder durch die Befreiung von Vorleistungen.

Die Bundesregierung sieht insoweit keinen zusätzlichen Regelungsbedarf.

26. Ist der Bundesregierung bekannt, wie sich die Anwendung der ärztlichen Präventionsempfehlungen entwickelt und in welcher Form sie erbracht werden?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über die Entwicklung der Anwendung der ärztlichen Präventionsempfehlungen vor.

Präventionskurse

27. Welche zentralen Weiterentwicklungen enthält das Kapitel 5 (Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention) des Leitfadens Prävention durch die im Januar 2017 veröffentlichte Fassung aus Sicht der Bundesregierung, und wie bewertet die Bundesregierung diese Überarbeitung?

Die zentralen Weiterentwicklungen des Kapitel 5 des Leitfaden Prävention des GKV-SV in der Fassung vom 9. Januar 2017 liegen aus Sicht der Bundesregierung in

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

- der Festlegung, dass Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention auch für Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen und die Krankenkassen geeignete Angebote vorhalten, die sie entsprechend ausweisen,
- der Festlegung von Kriterien der Zertifizierung,
- der Erweiterung und Konkretisierung der Fördermöglichkeit gerätegestützter Programme im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten und der
- Berücksichtigung der Gesundheitsziele nach § 20 Absatz 3 SGB V.

Mit der Festlegung der Kriterien der Zertifizierung und der Berücksichtigung der Gesundheitsziele kommt der GKV-SVd insbesondere seiner Verpflichtung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 SGB V nach. Zu begrüßen ist auch die Festlegung der Vorhaltung und Ausweisung von geeigneten Präventionsangeboten für Menschen mit Behinderung, die bislang noch zu wenig mit verhaltensbezogenen Angeboten erreicht werden. Die Festlegungen zur Fördermöglichkeit gerätegestützter Programme im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten erweitern die Möglichkeiten für das Angebot von Muskel- und Krafttraining.

28. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Umsetzung der geänderten Fassung von Kapitel 5 des Leitfadens Prävention verbunden mit einer entsprechenden Zertifizierung, und welche Rückmeldungen erhält das Bundesgesundheitsministerium dazu (z. B. Rückzug von langjährigen Anbietern wie Sportvereinen oder Volkshochschulen wegen nicht erfüllbarer Anforderungen)?

    Wie bewertet sie diese Entwicklung?

Die ganz überwiegende Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung und Zertifizierung von Angeboten zur verhaltensbezogenen Prävention auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens Prävention beauftragt (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de). Die Zentrale Prüfstelle Prävention setzt die sich aus der überarbeiteten Fassung des Kapitel 5 des Leitfadens Prävention ergebenen neuen Vorgaben seit dem 1. Juli 2017 in der Prüfung um. Rückmeldungen zu den Auswirkungen der neuen Vorgaben auf die Prüfungsergebnisse der Zentralen Prüfstelle Prävention liegen dem BMG nicht vor.

29. Wie bewertet es die Bundesregierung, dass es für Bürgerinnen und Bürger auch zukünftig keine umfassende Internetinformation über alle (nun unter Berücksichtigung der Gesundheitsziele konzipierten – siehe § 20 Absatz 3 SGB V) angebotenen bzw. zertifizierten Präventionskurse aller Kassen gibt?

Bürgerinnen und Bürger können sich über das Internetangebot des GKV-SV über alle zertifizierten Leistungsangebote der Krankenkassen informieren: www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

30. Wann rechnet die Bundesregierung mit einem Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zur Anfechtungsklage des GKV-Spitzenverbandes im Zusammenhang mit der Anweisung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Mittelauszahlung der für die BZgA vorgesehen Aufgaben (§ 20a Absatz 3 und 4 SGB V)?

    Wie ist der Sachstand des Verfahrens?

Der Sach- und Streitstand ist von den Parteien umfassend schriftlich dem Gericht vorgetragen worden. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat bisher keinen Termin zur Verkündung des Urteils festgelegt.

31. Trifft es zu, dass die aus GKV-Mitgliedsbeiträgen an die BZgA abzuführenden Mittel auf Konten des Bundeshaushaltes liegen?

    Falls ja, wie ist gewährleistet, dass diese ausschließlich zweckgebunden eingesetzt werden?

Die vom GKV-SV an die BZgA nach § 20a Absatz 3 Satz 5 SGB V zu leistende Vergütung werden als Einnahmen im Bundeshaushalt im Einzelplan 15 verbucht. Diese Einnahmen fließen in Kapitel 1513 „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ auf den Titel 236 01 „Einnahmen aus Mitteln der GKV zur Umsetzung der Präventionsstrategie“. Der bei diesem Titel ausgebrachte Haushaltsvermerk sieht vor, dass diese Einnahmen ausschließlich für Ausgaben in Kapitel 1513 (BZgA) Titelgruppe 01 „Durchführung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten im Auftrag der Krankenkassen“ verwendet werden dürfen. Zudem hat die BZgA gemäß § 20a Absatz 3 Satz 7 SGB V nach Maßgabe des GKV-SV zu dokumentieren, dass die geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des gesetzlichen Auftrags eingesetzt wird.

32. Wie beurteilt die Bundesregierung den Umstand, dass der Vertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und der BZgA zur Umsetzung des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V bislang nicht veröffentlicht wurde?

    Plant die Bundesregierung, den zuständigen Ausschuss des Deutschen Bundestages oder die Öffentlichkeit über die ihr vorliegenden Informationen in Kenntnis zu setzen?

Der auf der Grundlage des § 20a Absatz 4 SGB V geschlossene Vertrag zwischen der BZgA und dem GKV-SV dient der Klärung der für die Durchführung des gesetzlichen Auftrags nach § 20a Absatz 3 SGB V bestehenden Einzelheiten, aus denen sich unmittelbar Rechte und Pflichten für die Vertragspartner, jedoch nicht für Dritte, ergeben. Die Bundesregierung ist nicht Vertragspartei. Die Krankenkassen haben im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag die gemeinsame Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“ geschaffen. Das Bündnis fördert dabei u.a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-SV hat gemäß § 20a Absatz 3 und 4 SGB V die BZgA damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen. Die Auftragsgegenstände der Vereinbarung sind veröffentlicht auf www.gkv-buendnis.de/.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

33. a) Welche Strukturen (Referate, Personal, externe Beauftragungen) sind im Rahmen der Umsetzung des PrävG in der BZgA geschaffen worden?

Die BZgA hat im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes eine neue Abteilung 5 „Unterstützung der Krankenkassen bei Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ errichtet. Diese Abteilung ist unterteilt in 4 Referate:

- Referat 5 – 51 „Kooperation und Koordination bei der Umsetzung der Maßnahmen in Lebenswelten“
- Referat 5-52 „Gesundheitsförderung bei vulnerablen Gruppen“
- Referat 5-53 „Forschung und Qualitätssicherung“
- Referat 5-54 „Kommunikation/Medien“.

Der Abteilung 5 der BZgA sind insgesamt 25 Vollzeit-Stellen zugewiesen. Aus den in der Vergütung nach § 20a Abs. 3 SGB V enthaltenen Zuschlagssätzen für Overheadkosten auf Grundlage des BMF-Rundschreibens „Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Kostenberechnungen und Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen“ werden 5 Verwaltungsstellen in Abteilung Z der BZgA finanziert.

b) Welche Durchgriffsrechte, zum Beispiel auf die Gestaltung von Ausschreibungen, die Gewährung von Dienstreisen, wurden der GKV vertraglich zugesichert?

Der GKV-SV und die BZgA haben auf der Grundlage des § 20a Absatz 4 Satz 1 SGB V das Nähere über den gesetzlichen Auftrag nach § 20a Absatz 3 Satz 1 SGB V am 8. Juni 2016 unterzeichnet. Danach ist der Auftraggeber GKV-SV bei im Rahmen der Auftragserteilung durchzuführenden Vergabeverfahren ab einem geschätzten Auftragswert von 20 000 Euro netto rechtzeitig einzubinden. Die Festlegung der Eignungs- und Zuschlagskriterien erfolgt nach vorheriger Zustimmung des Auftraggebers. Darüber hinausgehende Durchgriffsrechte bei der Gestaltung von Ausschreibungen wurden dem GKV-SV nicht vertraglich zugesichert. Auch wurden ihm keine Durchgriffsrechte hinsichtlich der Gewährung von Dienstreisen vertraglich zugesichert.

34. Mit welchen Projekten wurde die BZgA vom GKV-Spitzenverband beauftragt?

Die BZgA wurde für die Jahre 2016 und 2017 jeweils mit insgesamt 9 Aufträgen zu folgenden Themenfeldern beauftragt:

A01_2017	Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern
A02_2017	Gesundheits- und Präventionsforschung
A03_2017	Entwicklung und Erprobung von Interventionskonzepten für vulnerable Zielgruppen in der Kommune
A04_2017	Erfolgreiche Interventionen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen
A05_2017	GKV-Datenbank „Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting“
A06_2017	Einrichtung eines GKV-Internetportals für Gesundheitsförderung und Prävention

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

A07_2017 Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

A08_2017 Kommunale Suchtprävention

A09_2017 Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Schule und Ausbildung

Diese Aufträge umfassen im Jahr 2017 insgesamt 197 Maßnahmen.

35. Warum hat die BZgA bislang keine Konzepte zur Gesundheitsförderung in „Kindertagesstätten, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen“ (§ 20a Absatz 3 SGB V) veröffentlicht?

Welche Vorschläge hat die BZgA dem GKV-Spitzenverband gemacht, um diesen gesetzlichen Auftrag umzusetzen?

Im Rahmen der Beauftragung durch den GKV-SV ist die Erstellung von Interventionskonzepten für vulnerablen Gruppen (Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen, Alleinerziehende, Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien) durch die BZgA vereinbart worden. Hierzu liegen der BZgA inzwischen größtenteils zielgruppenspezifische Wirkungsanalysen und Bestandsaufnahmen vor, die zum Teil die Entwicklung von Lebensweltkonzepten nahe legen. Konzepte zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen wurden jedoch bisher vom GKV-SV nicht beauftragt. Insofern konnte auch keine Veröffentlichung entsprechender Konzepte erfolgen.

Bereits zu Beginn der Verhandlungen mit dem GKV-SV 2015 hat die BZgA für die Beauftragung 2016 empfohlen, auf der Basis ihrer langjährigen Erfahrungen und des im Auftrag des BMG durchgeführten Kooperations- und Forschungsprojektes „Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ (2015) Konzepte der Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu entwickeln. Im Rahmen der Verhandlungen für die Beauftragung 2017 hat die BZgA einen Arbeitsplan für die Beauftragung schulischer Gesundheitsförderung vorgelegt. Ein Entwicklungsauftrag ist bisher lediglich für die Lebenswelt Kommune erteilt, welche als übergreifende Lebenswelt allerdings von zentraler Bedeutung ist.

Zur Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen wurde eine Maßnahme zur Identifikation und Optimierung von settingspezifischen Qualitätsindikatoren mit den Trägern der Lebenswelten vereinbart, zunächst innerhalb einer Kooperation des GKV-SV mit den Wohlfahrtsverbänden Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Diese Maßnahme umfasst die nachhaltige Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kita.

36. a) Welche der den gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung gestellten Mittel wurden im Jahr 2016 und im laufenden Jahr 2017 von der BZgA für welche Projekte verausgabt?

Für die Umsetzung der Aufträge A01 bis A09 in den Jahren 2016 (Beauftragung ab 1. Juli 2016) und 2017 (Beauftragung ab 1. Januar 2017) wurden nachfolgende Mittelansätze geplant und mit dem GKV-SV vereinbart.

Mittelansatz 2016: 2 657 800 Euro

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Mittelansatz 2017: 19 426 521 Euro

Davon verausgabt wurden je Auftrag (Stand 7. September 2017):

Auftrags-Nr.	Auftragstitel	Verausgabte Mittel 2016	Verausgabte Mittel 2017
A01_2017	Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern	299.036,36 €	868.388,99 €
A02_2017	Gesundheits- und Präventionsforschung	0,00 €	36.718,43 €
A03_2017	Entwicklung und Erprobung von Interventionskonzepten für vulnerable Zielgruppen in der Kommune	0,00 €	154.427,90 €
A04_2017	Erfolgreiche Interventionen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen	36.807,41 €	327.727,61 €
A05_2017	GKV-Datenbank „Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting“	32.565,93 €	13.810,97 €
A06_2017	Einrichtung eines GKV-Internetportals für Gesundheitsförderung und Prävention	0,00 €	113.263,84 €
A07_2017	Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation	0,00 €	81.509,05 €
A08_2017	Kommunale Suchtprävention	10.000,00 €	39.265,98 €
A09_2017	Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Schule und Ausbildung	14.875,00 €	37.269,92 €
Summe		393.284,70 €	1.633.116,71 €

b) Wie hoch ist der Anteil der Mittel, der für kassenartenübergreifende Qualitätssicherung ausgegeben wurde/wird?

Krankenkassenartenübergreifende Projekte, welche bereits jetzt existieren oder derzeit neu entwickelt werden, sollen im Zuge der ohnehin vorgesehenen Evaluationen im Rahmen der Beauftragung unterstützt werden. Hierfür werden aktuell konzeptionelle wie auch vergaberechtliche Vorkehrungen getroffen, die die Vergabe von Evaluationsaufträgen an geeignete wissenschaftliche Akteure ab dem Jahr 2018 ermöglichen sollen. Hierfür steht für den Zeitraum von vier Jahren ein Gesamtbetrag von maximal 21,5 Mio. Euro zur Verfügung.

37. Wann wurde nach Kenntnis der Bundesregierung mit der verstärkten Förderung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern begonnen, welchen Umfang hat diese Förderung, und warum geschah die Umsetzung nicht früher?

Die Beauftragung der BZgA durch den GKV-SV erfolgte zum 1. Juli 2016. Mit der verstärkten Förderung der Koordinierungsstellen wurde zum 1. Januar 2017 begonnen. Der erste bewilligungsfähige Zuwendungsantrag ging bei der BZgA am 11. Januar 2017 ein, der letzte acht Monate später, am 17. August 2017. Insgesamt sieben Länder haben den Zuwendungsantrag lediglich für ein Jahr gestellt, so dass für die Jahre 2018 und 2019 Folgeanträge zu erwarten sind. Inzwischen sind alle 16 Zuwendungsbescheide erteilt. Die letzte Bewilligung erfolgte am 25. August 2017. Das Gesamtfördervolumen bis Mitte 2020 umfasst 7 024 289,87 Euro.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Um den Erfolg der Koordinierungsstellen zu gewährleisten, sah der Auftrag des GKV-SV vor, dass umfangreiche Vorarbeiten zur Qualitätssicherung (Wirkungsanalyse, Bestandaufnahme) zu erfolgen haben. Die in diesem Zusammenhang erforderlichen Abstimmungen zwischen den relevanten Akteuren nahmen bei der gebotenen Sorgfalt erhebliche Zeit in Anspruch, so dass die Erteilung der Zuwendungsbescheide nicht früher geschehen konnte.

38. a) Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der massiven Kritik des GKV-Spitzenverbandes an der Umsetzung der Beauftragung durch die BZgA?

b) Welche Maßnahmen sollen ergriffen werden, um solcher Kritik in Zukunft die Grundlagen zu entziehen?

Im Kern der Kritik steht die aus Sicht des GKV-SV unzureichende Verausgabung der Vergütung in Höhe von 0,45 Euro je Versicherten, die vom GKV-SV im Jahr 2016 an die BZgA nach § 20a Absatz 3 Satz 4 SGB V zu leisten war. Die im bisherigen Umfang erfolgte Verwendung der Mittel zur Durchführung des gesetzlichen Auftrags der BZgA hat eine Reihe von Ursachen:

- Zunächst ist zu berücksichtigen, dass in der Anfangsphase des Auftragsverhältnisses umfangreiche Arbeiten der BZgA notwendig waren, um die Grundlagen für die Entwicklung und Umsetzung großer kassenübergreifender Präventionsprogramme zu schaffen.
- Überdies hat der Verwaltungsrat des GKV-SV Ende 2015 die im Haushalt für das Jahr 2016 vorgesehenen Mittel für die BZgA-Beauftragung gesperrt und damit erheblich zur Verzögerung der für die Auftragsausführung notwendigen Vereinbarung nach § 20a Absatz 4 SGB V beigetragen.
- Auch aus diesem Grunde konnte die Vereinbarung zwischen der BZgA und dem GKV-SV, insbesondere über den Inhalt und den Umfang der Beauftragung, erst am 8. Juni 2016 geschlossen werden.
- Diese Vereinbarung war die notwendige Grundlage für die BZgA, damit die notwendigen Personalgewinnungsverfahren und die organisatorischen Strukturmaßnahmen (Einrichtung einer neuen Abteilung 5) eingeleitet werden konnten, was unverzüglich ab Vertragsschluss vorangetrieben wurde. Das BMG hat die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die BZgA die Umsetzung dieser Maßnahmen rasch abschließen konnte, indem insbesondere die notwendigen Stellen im Haushalt ausgebracht wurden und die von der BZgA einzuholenden dienst- und fachaufsichtlich notwendigen Zustimmungen des BMG unverzüglich erteilt wurden.

Hinsichtlich der Beurteilung des Stands des Mittelabflusses ist auch zu berücksichtigen, dass das Volumen der vom GKV-SV beauftragen Maßnahmen noch nicht der Höhe der gesetzlich vorgesehen Vergütung in Höhe von rd. 31,5 Mio. Euro entsprach. Im Jahr 2016 wurde ein Mittelansatz in Höhe von 2 657 800 Euro vereinbart, für das Jahr 2017 ein Mittelansatz in Höhe von 19 426 521 Euro.

Schließlich ist festzustellen, dass der im Wege der Auftragserledigung erfolgte Ausbau der Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit und die deutliche Erweiterung der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Jobcentern bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen ein wesentlicher Beitrag zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen ist. Dies wurde erst durch die Bündelung der Aktivitäten durch die BZgA realisierbar.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Präventionsbericht

39. a) Trifft es zu, dass die Nationale Präventionskonferenz zur Erfüllung der Aufgabe nach § 20f Absatz 4 SGB V im Wesentlichen eine Fortschreibung der bisherigen jährlichen Präventionsberichte (standardisierte Dokumentation) plant?

b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zum Präventionsbericht hierzu vertreten?

Die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere zu den Inhalten des Präventionsberichts nach § 20d Absatz 4 SGB V, können allein durch die Fortschreibung der bisherigen jährlichen Präventionsberichte der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt werden.

Nach dem Grobkonzept der Träger der NPK für den Präventionsbericht, das den Beratungen der vergangenen Sitzung der Konferenz am 10. Februar 2017 zugrunde lag, streben die Träger an, in dem Bericht nicht nur die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Sozialversicherungen abzubilden, sondern auch die der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie der beratenden Mitglieder der NPK (Bund, Länder, Kommunen, Sozialpartner, Bundesagentur für Arbeit, Patientenvertretungen, Zivilgesellschaft) und ihrer Mitgliedsorganisationen bzw. nachgeordneten Stellen. Auch länderspezifische Aspekte sollen in den Bericht einfließen. Geplant ist eine Übersicht zu inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und Kooperationsstrukturen auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V, idealerweise ergänzt um Erkenntnisse aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung der Länder. Eine bloße Fortschreibung bislang erschienener Berichte ist demnach nicht geplant.

Für die Vertreter des Bundes war eine spezifische Position zu dieser Frage in der NPK insoweit nicht abzugeben.

40. a) Trifft es zu, dass die Erstellung des Präventionsberichts teilweise an Agenturen outgesourct werden soll?

b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zum Präventionsbericht hierzu vertreten?

Die NPK hält eine externe Unterstützung erforderlich für die Datenerhebung, -zusammenführung, -auswertung und -aufbereitung sowie für die Erstellung von Berichtsteilen und für eine redaktionelle und barrierefreie Aufbereitung des Berichts. In der vergangenen Sitzung am 10. Februar 2017 wurde beschlossen, dass die stimmberechtigten Mitglieder entsprechende Ausschreibungsverfahren vorbereiten.

Für die Vertreter des Bundes war eine spezifische Position zu dieser Frage in der NPK insoweit nicht abzugeben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

41. a) Trifft es zu, dass sich die Nationale Präventionskonferenz gegen die Einsetzung einer (zusätzlichen) wissenschaftlichen Berichtskommission entschieden hat?

b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zum Präventionsbericht hierzu vertreten?

Die Erstellung des Präventionsberichts wird von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet, der die Weiterentwicklung des Konzepts, dessen Umsetzung sowie die anschließende Berichterstellung beratend unterstützt. Die Anregung, statt eines wissenschaftlichen Beirats eine wissenschaftliche Kommission mit Unterstützung einer eigenen Geschäftsstelle einzurichten, wurde nicht aufgegriffen.

Das BMG hat hierzu die Position vertreten, dass der Bericht nach den gesetzlichen Vorgaben von der NPK zu erstellen sei.

42. a) Welche Vorschläge aus dem Bund-Länder-Workshop beim Robert Koch-Institut und von den beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz wurden zur Erstellung des Präventionsberichts vorgebracht und nicht aufgegriffen?

b) Welche Position hat der Bund als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz bei den Beratungen zum Präventionsbericht hierzu vertreten?

Der NPK wurden keine konkreten Vorschläge zur Erstellung des Präventionsberichts aus dem Workshop, den das Robert Koch-Institut im November 2016 mit Vertreterinnen und Vertretern der Länder ausgerichtet hat, übermittelt.

Hinsichtlich der Frage nach den von der NPK nicht aufgegriffenen Vorschlägen und der Position des Bundes wird auf die Antwort zu Frage 41 verwiesen.

Präventionsforum

43. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes (Präventionsbericht 2016, Seite 20), dass das Präventionsforum nach § 20e Absatz 2 SGB V „kein Gremium ist, sondern eine Veranstaltung, zu der eingeladen wird“, und wie bewertet sie die themenbezogen wechselnde Teilnehmerschaft?

Falls ja, wie kann eine Veranstaltung den in § 20e Absatz 2 SGB V verankerten Beratungsauftrag wahrnehmen?

Falls nein, wie gedenkt sie als beratendes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz darauf hinzuwirken, dass hier eine Veränderung vorgenommen wird, oder sieht sie Bedarf, seitens des Gesetzgebers nachzubessern?

Das in der Regel einmal jährlich stattfindende Präventionsforum berät die NPK. Die NPK beauftragt die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) mit der Durchführung des Präventionsforums. Dieses setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK sowie Vertreterinnen und Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände zusammen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums werden in der Geschäftsordnung der NPK geregelt. Dort sind als Kriterien für die Mitwirkung von Organisationen im Präventionsforum Kompetenzen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, der Bezug zu den Zielen und Handlungsfeldern der trägerübergreifenden bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen, wissenschaftliche Expertise, bundesweiter Tätigkeitsbereich, hohe Fachlichkeit und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

keine eigenen wirtschaftlichen Interessen genannt. Der bzw. die Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden der NPK legen gemäß der Geschäftsordnung der NPK den Teilnehmerkreis, das Veranstaltungskonzept und das Veranstaltungsprogramm auf Vorschlag der BVPG fest. Die Ergebnisse des Präventionsforums sind in der NPK zu beraten.

Die auf die jeweiligen Beratungsthemen bezogene Ausrichtung des Präventionsforums als Veranstaltung, zu der über den Mitgliederkreis der NPK hinaus die jeweils maßgeblichen bundesweiten Organisationen eingeladen werden, sieht die Bundesregierung im Einklang mit den Vorgaben des Gesetzgebers und der Geschäftsordnung der NPK. So wird beim zweiten Präventionsforum am 23. Oktober 2017 entsprechend der diesjährigen Schwerpunktsetzung kommunale Gesundheitsförderung der Kreis der Teilnehmenden um kommunale Repräsentantinnen und Repräsentanten erweitert, deren Einladung in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden erfolgt. Die Beratungsfunktion wird dadurch erfüllt, dass die Ergebnisse des Präventionsforums dokumentiert und in der NPK beraten werden, auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Veranstaltungskonzepts.

44. Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse des ersten Präventionsforums 2016?

Das erste Präventionsforum fand am 13. September 2016 in Berlin statt. Im Vordergrund stand ein fachlicher Austausch zu den Zielen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ der am 19. Februar 2016 von der NPK beschlossenen Bundesrahmenempfehlungen. Dabei wurden insbesondere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung diskutiert und die Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe herausgestellt. Die Ergebnisse des Präventionsforums wurden dokumentiert, veröffentlicht und in der dritten Sitzung der NPK am 10. Februar 2017 vorgestellt und beraten. Dabei wurde das erste Präventionsforum als eine grundsätzlich gelungene Veranstaltung wahrgenommen, deren Veranstaltungsformat weiterentwickelt werden sollte. Die Bundesregierung sieht das Präventionsforum als ein wichtiges Forum zur Beratung der NPK sowie für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK und den dort nicht vertretenen für Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen. Beim Präventionsforum 2016 wurden dazu die Möglichkeiten für einen interdisziplinären und interprofessionellen Austausch geschaffen.

Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes

45. Welchen Stand hat die Prüfung des Nachbesserungsbedarfs des PrävG durch das Bundesgesundheitsministerium, die der dortige Staatssekretär Lutz Stroppe angekündigt hat (Zwischen Hoffnung und Ernüchterung – Das Präventionsgesetz im zweiten Jahr, Dr. med. Mabuse 226, März/April 2017), und bei welchen Aspekten besteht nach Ansicht der Bundesregierung Nachbesserungsbedarf?

Der Erfolgskontrolle und zur Evaluation der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Regelungen dient maßgeblich der Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsbericht) nach § 20 d Absatz 2 Nummer 2 und Absatz 4 SGB V. Auf der Grundlage des erstmals zum 1. Juli 2019 von der NPK vorzulegenden Präventionsberichts wird die Bundesregierung beurteilen, ob die mit dem Präventionsgesetz verfolgten Ziele erreicht werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333